

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
Séance plénière du 14 octobre 2015 à 9 h 30  
« Le pouvoir d'achat des retraités »

<b>Document N°11</b>
----------------------

<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>
---

## **Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités**

*Noémie Jess, Renaud Legal, Alexis Louvel et Catherine Pollak, DREES  
Note de la DREES pour le COR*



## Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités

### Les dépenses de santé à la charge des ménages

Dans le cadre de la préparation du rapport thématique sur la situation des retraités, le Conseil d'orientation des retraites a sollicité la DREES pour lui fournir des éléments sur les dépenses de santé à la charge des retraités.

Les dépenses de santé à la charge d'un ménage sont constituées :

- du total des primes d'assurance complémentaire santé, hors part financée par l'employeur pour les contrats collectifs et hors montant du chèque de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ;
- du total des restes à charge survenus à l'occasion du recours aux soins des membres du ménage.

Ces restes à charge s'entendent après remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire pour les individus couverts par une assurance complémentaire santé et après intervention de l'assurance maladie obligatoire seulement, pour les individus non couverts. Ils incluent donc la part des tickets modérateurs, franchises, forfaits journaliers, dépassements d'honoraires, dispositifs médicaux et soins dentaires non remboursés par les organismes complémentaires.

### Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités : une question d'importance

Compte tenu du profil des dépenses en fonction de l'âge (annexe 1) et du lien entre l'âge et le niveau de couverture complémentaire (annexe 2), les restes à charge après intervention des complémentaires santé augmentent avec l'âge ; es primes des contrats individuels également (cf. annexe 2). Par conséquent, la question du poids des dépenses de santé dans le budget, et de façon sous-jacente la question de l'accessibilité financière des soins, se pose de manière accrue pour les ménages retraités.

Par ailleurs, l'intérêt de la question est renforcé compte tenu des perspectives attendues :

- le vieillissement de la population ;
- l'augmentation des dépenses de santé par âge sous l'effet du progrès technique notamment<sup>1</sup> ;
- l'accord national interprofessionnel de 2013 (ANI) transposé en loi de sécurisation de l'emploi, qui impose la généralisation des contrats collectifs à l'ensemble des salariés du secteur privé d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2016, ce qui pourrait conduire à un renchérissement des primes des seniors, en réduisant le périmètre de mutualisation des contrats individuels.

### Source et méthode

Cette note analyse le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages retraités. Le taux d'effort en matière de santé des ménages est entendu comme les *dépenses de santé à la charge des ménages* rapportées à leur revenu disponible (encadré 1).

Le modèle Inès-Omar de la DREES (cf. annexe 5) est l'outil adapté pour analyser la distribution des primes et des restes à charge des ménages après assurance maladie complémentaire (AMC) en France métropolitaine. Il permet de fournir des éléments de distribution par statut d'activité et niveau de vie (estimé ici par les quintiles de niveau de vie). Grâce à une amélioration de la prise en

<sup>1</sup> Sur ce point, cf. opuscule de Brigitte Dormont : <http://www.cepremap.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>.

compte de l'âge dans l'imputation des contrats de complémentaire santé, la version 2012 du modèle mis à jour en 2015 permet désormais une déclinaison plus fine de ces indicateurs par tranche d'âge (annexe 5).

**Encadré 1:** Choix méthodologiques et conventions retenues

Le revenu étant défini et connu au niveau des ménages, l'approche est réalisée au niveau des ménages.

Par convention, on entend ici par ménage « retraité » tout ménage dans lequel au moins une personne est à la retraite (définition extensive).

L'âge des membres du ménage est caractérisé à partir de l'âge de l'individu le plus âgé du ménage.

Le niveau de vie d'un ménage est caractérisé par son quintile d'appartenance, les quintiles de niveau de vie étant calculés sur l'ensemble des individus et des ménages, retraités ou non.

Le modèle Ines-Omar est construit en prenant comme convention que la situation de l'ensemble des membres d'un ménage en termes de couverture complémentaire est homogène. En pratique, dans certains ménages cohabitent des individus couverts et des individus non couverts. Dans d'autres ménages cohabitent des individus ayant bénéficié de l'aide à la complémentaire santé pour l'achat de leur contrat d'assurance complémentaire santé et des individus n'en ayant pas bénéficié. Pour autant, ces situations sont minoritaires.

Précisions sur le champ :

Compte tenu des sources mobilisées, les résultats sont représentatifs pour les ménages vivant en France métropolitaine, dans un logement ordinaire (les ménages en institutions sont exclus). Les dépenses ambulatoires prises en compte sont celles présentées au remboursement (l'automédication est exclue). Les dépenses hospitalières prises en compte sont celles correspondant aux courts séjours uniquement (MCO) et les dépenses du champ médico-social sont exclues.

Pour apprécier ce que représentent les dépenses de santé à la charge des ménages retraités, on en rapporte le montant à leur revenu disponible. A noter que cette approche en termes de taux d'effort en santé diffère de celle retenue par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans laquelle les primes sont déduites du revenu au dénominateur.

Cette note présente les taux d'efforts des retraités et fournit des éléments sur les dispositifs qui permettent de réduire ce taux d'effort.

Les annexes apportent des informations supplémentaires :

Annexe 1 : Dépense moyenne et reste à charge par âge après assurance maladie obligatoire

Annexe 2 : Eléments sur la couverture complémentaire

Annexe 3 : la CMUC

Annexe 4 : l'ACS

Annexe 5 : les sources de données utilisées

Annexes 6 à 10 : tableaux détaillés sur la couverture, les dépenses et le reste à charge des retraités

### **Les retraités modestes ne bénéficiant pas de l'ACS consacrent plus de 10% de leurs revenus à la complémentaire santé**

Le poids des dépenses de santé à la charge des ménages dans le budget des ménages retraités dépend avant tout de la situation du ménage en termes de couverture complémentaire et du niveau de vie du ménage.

Les ménages retraités qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) consacrent environ 1% de leurs revenus à leurs dépenses de santé. La CMU-C étant accordée gratuitement (cf. annexe 3), les dépenses de santé à la charge du ménage tiennent dans ce cas uniquement aux consommations de soins n'appartenant pas au panier des soins pris en charge par le dispositif.

Les ménages retraités appartenant aux 20% de ménages les plus aisés en population générale consacrent, selon l'âge de leurs membres, entre 2,8 et 3,7% de leurs revenus aux dépenses de santé.

Le taux d'effort augmente lorsque le niveau de vie du ménage diminue. Les ménages de retraités couverts par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et aide à la complémentaire Santé, ACS<sup>2</sup>) appartenant aux 20% de ménages les moins aisés en population générale consacrent, selon l'âge de leurs membres, de 10% à 13% de leurs revenus aux dépenses de santé.

Grâce au dispositif ACS, le taux d'effort des ménages qui en bénéficient est plus faible et représente, selon l'âge de leurs membres, en moyenne entre 6 et 7%, soit des niveaux comparables aux ménages appartenant au troisième quintile de la distribution des niveaux de vie, alors même que leurs ressources les placent dans le premier quintile de la distribution des niveaux de vie.

L'analyse détaillée des composantes des dépenses de santé à la charge des ménages selon l'âge (tableaux 2.a, 2.b et 2.c), et notamment de la part due aux restes à charge et de la part due aux primes d'assurance complémentaire santé, montre que quel que soit l'âge des membres du ménage, pour un ménage dont les membres sont couverts par une assurance complémentaire santé, les primes d'assurance représentent trois quarts environ des dépenses de santé à la charge des ménages.

---

<sup>2</sup> Cf. annexe 4 pour une présentation du dispositif ACS.

**Tableau 1:** Part des dépenses de santé dans le revenu disponible selon la situation du ménage en termes de couverture complémentaire santé et selon l'âge de l'individu le plus âgé au sein du ménage

En % du revenu disponible

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	56-65 ans	66-75 ans	76 ans et plus
Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire ▼			
non couverts	2,4%	3,5%	4,9%
Bénéficiaires de l'ACS	5,8%	6,0%	6,7%
Couverts (hors CMU-C et ACS)	4,6%	5,8%	6,7%
- appartenant au 1 <sup>er</sup> quintile de niveau de vie	10,2%	12,4%	13,3%
- appartenant au 2 <sup>ème</sup> quintile de niveau de vie	7,8%	9,0%	9,7%
- appartenant au 3 <sup>ème</sup> quintile de niveau de vie	5,7%	7,2%	7,5%
- appartenant au 4 <sup>ème</sup> quintile de niveau de vie	4,9%	5,6%	5,5%
- appartenant au 5 <sup>ème</sup> quintile de niveau de vie	2,8%	3,4%	3,7%
<b>Ensemble</b>	<b>4,5%</b>	<b>5,7%</b>	<b>6,6%</b>

Source : Inès-Omar 2012, calculs Drees

Champ : ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a 56 ans ou plus

Lecture : En 2012, un ménage dont au moins un des membres est à la retraite, dont l'ensemble des membres est couvert par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS) et dont l'âge du plus âgé est compris entre 56 et 65 ans consacre en moyenne 4,6% de son revenu aux dépenses de santé, ces dernières étant entendues comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie complémentaire.

Si environ 300 000 ménages de retraités bénéficient de la CMU-C ou de l'ACS, environ 1.3 million de ménages appartenant au premier quintile de niveau de vie et correspondant à près de 2 millions de personnes n'en bénéficient pas et financent intégralement leur couverture complémentaire santé. Pour ces ménages, les dépenses de santé à leur charge représentent, selon l'âge de leurs membres, de 10 à 13% de leur revenu en moyenne.

A leurs côtés, plus de 450 000 ménages retraités correspondant à près de 700 000 personnes sont sans couverture (cf. annexe 6) ; leur taux d'effort moyen est de 3,8%. Ce taux d'effort peu apparaît assez faible en comparaison de celui des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire. Il s'explique par deux phénomènes :

- un effet de sélection : parmi les personnes sans assurance complémentaire, une partie anticipe un reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire faible (bon état de santé, bénéficiaires d'autres mécanismes d'exonération...)
- un moindre accès aux soins : les personnes sans assurance complémentaire renoncent plus fréquemment pour des raisons financières à des soins dont elles auraient besoin, particulièrement ceux laissant un reste à charge important comme les prothèses dentaires, les lunettes, les consultations de spécialistes à honoraires libres...

Un meilleur accès des retraités à une couverture complémentaire est donc un enjeu de politique publique.

## Les dispositifs favorisant la couverture complémentaire des retraités

Récemment, le dispositif ACS a subi une évolution majeure. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, pour une souscription ou un renouvellement de leur contrat, les bénéficiaires de l'ACS doivent choisir leur contrat parmi trois contrats labellisés A, B, C. Ils doivent également choisir leur organisme assureur parmi une liste restreinte composée des 11 lauréats d'une procédure d'appel d'offre lancée le 8 octobre 2014. La DREES a comparé les tarifs des trois offres retenues les mieux disantes en matière de prix et ceux des contrats actuellement souscrits par les titulaires de l'ACS. Cette comparaison fait apparaître une baisse moyenne des primes et cotisations de 37 % pour le contrat offrant les garanties les plus faibles (contrat « A »), de 27 % pour le contrat intermédiaire (contrat « B ») et de 15 % pour le contrat offrant les garanties les plus élevées (contrat « C »). Une augmentation du taux de recours à l'ACS est attendue à la suite de la mise en place de la nouvelle offre, moins chère et plus lisible.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que les contrats destinés aux personnes âgées de plus de 65 ans seront sélectionnés par mise en concurrence sur la base notamment de leur rapport qualité/prix ; ils bénéficieront d'un avantage fiscal. L'objectif est d'aider les personnes âgées, qui sont confrontées à une hausse du coût de leur complémentaire avec leur âge, à choisir leur contrat et de bénéficier d'une baisse des prix grâce à la mise en concurrence, ainsi que cela a été constaté dans le cadre de la mise en concurrence réalisée en 2015 pour les contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS)<sup>3</sup>. Cette procédure d'appel d'offres permettra notamment aux personnes âgées de pouvoir mieux comparer entre elles des offres standardisées. En effet, les différentes dimensions des contrats d'assurance complémentaire (hospitalisation, dépassements d'honoraires, lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives...) et les formulations diverses dans l'expression des garanties (en forfait, en % du tarif de convention, en % des frais réels...) rendent parfois les offres difficilement comparables.

D'autre part, l'évolution des tarifs pour les anciens salariés souhaitant continuer à adhérer à leur ancien contrat collectif sera mieux encadrée afin de limiter la hausse de tarifs dans les années suivant le départ de l'entreprise. La loi « Évin » de 1989 prévoit en effet que les anciens salariés peuvent continuer à adhérer au contrat collectif de leur ancien employeur. Dans ce cadre, le tarif qui leur est proposé ne doit pas dépasser 150% du tarif appliqué aux salariés en activité. Ce plafond de 150% permet toutefois une très forte hausse de tarif dès la sortie d'entreprise, alors même que le salarié perd en outre le bénéfice de la participation de l'employeur au coût de sa complémentaire. La hausse de tarif sera donc lissée pour n'atteindre ce plafond de 150% qu'au terme de 3 à 5 ans après la sortie de l'entreprise. Ce dispositif bénéficiera également aux anciens salariés demandeurs d'emploi.

---

<sup>3</sup> Cf. Dossier de presse du PLFSS 2016, p. 34 : [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/24\\_09\\_15\\_-\\_DP\\_PLFSS\\_2016.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/24_09_15_-_DP_PLFSS_2016.pdf)

**Tableau 2.a :** Dépenses de santé à la charge des ménages retraités (ménages retraités, 56-65 ans)

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	56-65 ans				
Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire ▼	Reste à charge après remboursement de l'assurance complémentaire santé (A) En euros	Prime d'assurance complémentaire santé* (B) En euros	Dépense de santé* à la charge du ménage (A+B) En euros	Part de la prime* dans la dépense de santé à la charge du ménage (B/(A+B)) En %	Part des dépenses de santé* dans le revenu disponible En % du revenu
non couverts	540	0	540	0%	2,4%
Bénéficiaires de l'ACS	450	825	1275	65%	5,8%
Couverts (hors CMUC et ACS)	450	1300	1750	74%	4,6%
- appartenant au 1 <sup>er</sup> quintile de niveau de vie	330	1230	1560	79%	10,2%
- appartenant au 2 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	330	1375	1705	81%	7,8%
- appartenant au 3 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	420	1245	1665	75%	5,7%
- appartenant au 4 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	490	1375	1865	74%	4,9%
- appartenant au 5 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	590	1265	1855	68%	2,8%
<b>Ensemble</b>	450	1200	1650	73%	<b>4,5%</b>

\*pour les contrats collectifs faisant l'objet d'une prise en charge par l'employeur, la prime considérée est le montant acquitté par le salarié, hors participation de l'employeur

Source : Inès-Omar 2012, calculs Drees.

Champ : ménages dont au moins un des membres est à la retraite et dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans.

Lecture : En 2012, un ménage dont au moins un des membres est à la retraite, dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et dont tous les membres sont couverts par une assurance complémentaire santé (hors CMU-C et ACS) a en moyenne un reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire de 450 euros par an. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1300 euros par an et par ménage. Finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendues comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie complémentaire) s'élèvent à 1750 euros par an et par ménage, ce qui représente en moyenne 4,6% de leurs revenus.

**Tableau 2.b** : Dépenses de santé à la charge des ménages retraités (ménages retraités, 66-75 ans)

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	66-75 ans				
Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire ▼	Reste à charge après remboursement de l'assurance complémentaire santé (A) En euros	Prime d'assurance complémentaire santé* (B) En euros	Dépense de santé* à la charge du ménage (A+B) En euros	Part de la prime* dans la dépense de santé à la charge du ménage (=B/(A+B)) En %	Part des dépenses de santé* dans le revenu disponible En % du revenu
non couverts	780	0	780	0%	3,5
Bénéficiaires de l'ACS	460	685	1145	60%	6,0
Couverts (hors CMUC et ACS)	490	1510	2000	76%	5,8
- appartenant au 1 <sup>er</sup> quintile de niveau de vie	405	1385	1790	77%	12,4
- appartenant au 2 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	400	1500	1900	79%	9,0
- appartenant au 3 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	410	1575	1985	79%	7,2
- appartenant au 4 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	520	1500	2020	74%	5,6
- appartenant au 5 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	680	1530	2210	69%	3,4
<b>Ensemble</b>	<b>500</b>	<b>1510</b>	<b>2010</b>	<b>75%</b>	<b>5,7</b>

\*pour les contrats collectifs faisant l'objet d'une prise en charge par l'employeur, la prime considérée est le montant acquitté par le salarié, hors participation de l'employeur

Source : Inès-Omar 2012, calculs Drees.

Champ : ménages dont au moins un des membres est à la retraite et dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans.

Lecture : En 2012, un ménage dont au moins un des membres est à la retraite, dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans et dont tous les membres sont couverts par une assurance complémentaire santé (hors CMU-C et ACS) a en moyenne un reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire de 490 euros par an. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1510 euros par an et par ménage. Finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendues comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie complémentaire) s'élèvent à 2000 euros par an et par ménage, ce qui représente en moyenne 5,8% de leurs revenus.

**Tableau 2.c :** Dépenses de santé à la charge des ménages retraités (ménages retraités, 76 ans et plus)

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	76 ans ou plus				
Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire ▼	Reste à charge après remboursement de l'assurance complémentaire santé (A) En euros	Prime d'assurance complémentaire santé* (B) En euros	Dépense de santé* à la charge du ménage (A+B) En euros	Part de la prime* dans la dépense de santé à la charge du ménage (B/(A+B)) En %	Part des dépenses de santé* dans le revenu disponible En % du revenu
non couverts	960	0	960	0%	4,9
Bénéficiaires de l'ACS	380	980	1360	72%	6,7
Couverts (hors CMUC et ACS)	470	1490	1960	76%	6,7
- appartenant au 1 <sup>er</sup> quintile de niveau de vie	390	1500	1890	79%	13,3
- appartenant au 2 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	430	1470	1900	77%	9,7
- appartenant au 3 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	460	1490	1950	76%	7,5
- appartenant au 4 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	440	1470	1910	77%	5,5
- appartenant au 5 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	660	1510	2170	70%	3,7
<b>Ensemble</b>	<b>495</b>	<b>1380</b>	<b>1875</b>	<b>74%</b>	<b>6,6</b>

\*pour les contrats collectifs faisant l'objet d'une prise en charge par l'employeur, la prime considérée est le montant acquitté par le salarié, hors participation de l'employeur

Source : Inès-Omar 2012, calculs Drees.

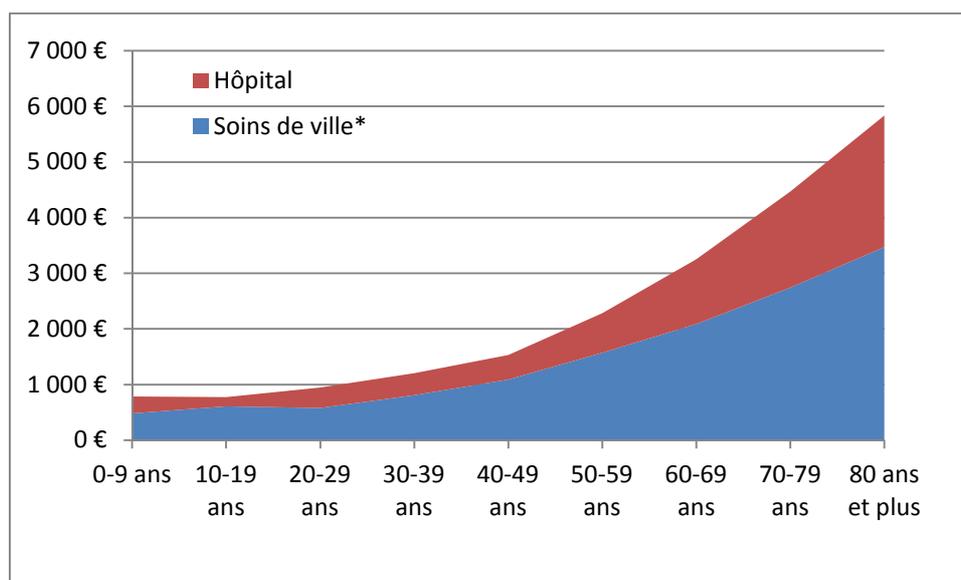
Champ : ménages dont au moins un des membres est à la retraite et dont l'individu le plus âgé a 76 ans ou plus.

Lecture : En 2012, un ménage dont au moins un des membres est à la retraite, dont l'individu le plus âgé a 76 ans ou plus et dont tous les membres sont couverts par une assurance complémentaire santé (hors CMU-C et ACS) a en moyenne un reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire de 470 euros par an. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1490 euros par an et par ménage. Finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendues comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie complémentaire) s'élèvent à 1940 euros par an et par ménage, ce qui représente en moyenne 6,7% de leurs revenus.

## ANNEXE 1 : Dépense moyenne, reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et taux d'individus bénéficiant de l'exonération au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) selon l'âge

Les dépenses de santé augmentent rapidement avec l'âge. En 2013, la dépense totale de santé (avant intervention de la sécurité sociale et de la complémentaire santé) par individu et par an était en moyenne de moins de 800 euros pour les moins de 20 ans et de près de 6000 euros pour les 80 ans et plus (cf. graphique 1). En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins mieux remboursés, et du fait qu'une part plus importante d'individus bénéficient du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée<sup>4</sup>, le taux de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire est plus élevé chez les plus âgés. Alors qu'il est de 76% en moyenne pour l'ensemble de la population, il monte à 79% chez les 60-69 ans, à 82% chez les 70-79 ans et à 85% chez les 80 ans et plus<sup>5</sup>. Cela a pour conséquence d'atténuer le lien entre le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et l'âge. Toutefois le gradient reste marqué : ainsi, alors que le reste à charge annuel après intervention de l'assurance maladie obligatoire est en moyenne de 450 euros au niveau individuel, le montant s'élève à 675 euros chez les 60-69 ans, 800 euros chez les 70-79 ans et 860 euros chez les 80 ans et plus (cf. graphique 3).

**Graphique 1** : Dépense moyenne par tranche d'âge en 2013 – répartition soins de ville et hôpital



\* y compris les actes et consultations externes

Sources : EGB, PMSI MCO, RIM-P, PMSI SSR, éditions 2013. Calculs Drees.

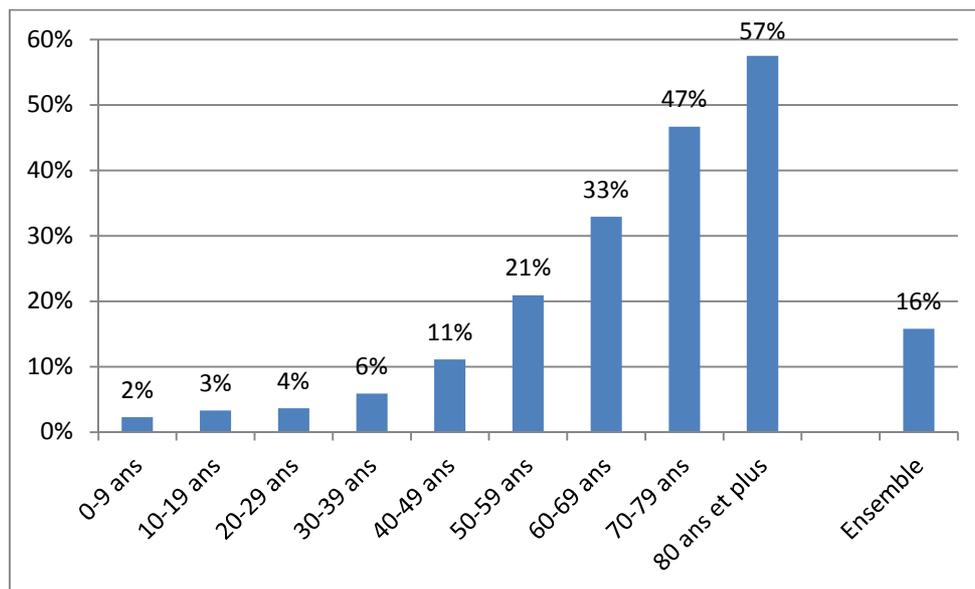
Champ : Assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires). Séjours en MCO uniquement pour les hôpitaux publics, séjours en MCO, en psychiatrie et en soins de suite et réadaptation (SSR) pour les cliniques privées.

Note de lecture : En 2013, la dépense moyenne des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus est estimée à 5 838 €, dont 3 474 € pour les soins de ville et 2 364 € pour les séjours à l'hôpital.

<sup>4</sup> La part de malades chroniques (bénéficiant du dispositif d'affection longue durée, ALD) croît fortement avec l'âge : alors que le taux est de 16% en population générale, il atteint 33% chez les 60-69 ans, 47% chez les 70-79 ans et 58% chez les 80 ans et plus (graphique 2, annexe 1).

<sup>5</sup> Sources : EGB, PMSI MCO, RIM-P, PMSI SSR, éditions 2013. Calculs Drees.

**Graphique 2** : Part d'assurés du régime général bénéficiaires du motif d'exonération pour affection de longue durée, par tranche d'âge en 2013

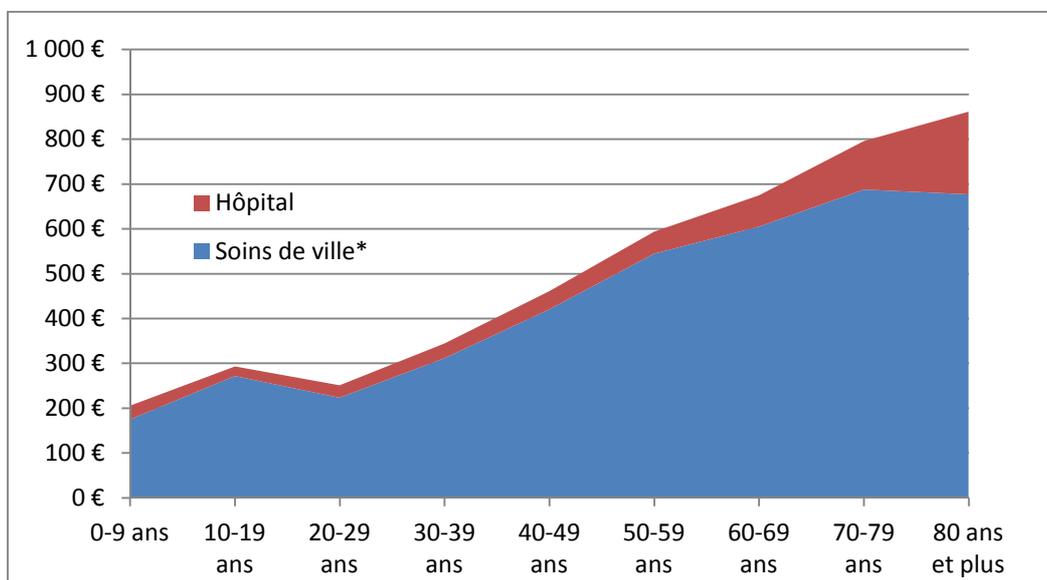


Source : EGB, édition 2013. Calculs Drees.

Champ : Assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires).

Note de lecture : En 2013, 57,5 % des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus étaient en ALD contre 6 % des assurés du régime général âgés de 30 à 39 ans.

**Graphique 3** : reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire moyen par tranche d'âge en 2013 – répartition soins de ville et hôpital



\* y compris les actes et consultations externes

Sources : EGB, PMSI MCO, RIM-P, PMSI SSR, éditions 2013. Calculs Drees.

Champ : Assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires). Séjours en MCO uniquement pour les hôpitaux publics, séjours en MCO, en psychiatrie et en SSR pour les cliniques privées.

Note de lecture : En 2013, le reste à charge moyen, après remboursements de l'assurance maladie obligatoire, des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus est estimé à 862 €, dont 677 € pour les soins de ville et 185 € pour les séjours à l'hôpital.

## Annexe 2 : la couverture complémentaire santé en France

---

### Caractéristiques générales :

En France, les contrats d'assurance complémentaire santé sont de deux types : individuels et collectifs. La souscription des contrats individuels résulte d'une démarche volontaire de l'individu. Au contraire, les contrats collectifs sont des contrats proposés par les entreprises à leurs salariés. En 2012, selon l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, 89% de la population bénéficient de l'une ou l'autre forme de couverture. Parmi elles, 58% bénéficient d'un contrat individuel et 42% d'un contrat collectif (source : enquête sur les contrats les plus souscrits de la Drees, 2013).

Les contrats collectifs sont réservés aux actifs. Le cas échéant, ils sont proposés par les employeurs à leurs employés. Plus l'entreprise comporte de salariés, et plus elle est susceptible d'offrir une complémentaire santé. En 2013, 70% des salariés du privé s'en voient proposer et la participation moyenne de l'employeur au financement de la prime est de 57% (source : Dares, enquête PIPA 2013). D'une manière générale, le niveau de couverture des contrats collectifs est plus élevé que celui des contrats individuels (source : enquête de la Drees sur les contrats les plus souscrits). D'une part le pouvoir de négociation des entreprises est meilleur que celui des particuliers<sup>6</sup>. D'autre part, dans le cas des contrats collectifs, la prime est partagée entre l'employé et l'employeur, ce qui permet d'acquérir des niveaux de couverture plus élevés<sup>7</sup>.

Sur la période récente 2006-2010, les niveaux de garanties des contrats collectifs ont plus progressé que ceux des contrats individuels, creusant un peu plus l'écart entre les niveaux de couverture de l'un et l'autre type de contrats<sup>8</sup>.

En collectif, les primes dépendent de l'âge moyen du *pool* d'assurés, mais elles ne peuvent pas dépendre de l'âge au niveau individuel (du salarié).

En revanche, les contrats individuels pratiquent une tarification en fonction de l'âge, manière de prendre en compte indirectement l'état de santé à défaut de pouvoir le prendre en compte explicitement<sup>9</sup>. Trois acteurs interviennent sur le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. En pratique, les institutions de prévoyance interviennent en collectif, mais très peu en individuel. En conséquence, les contrats individuels sont surtout proposés par des sociétés d'assurance et des mutuelles. La prise en compte de l'âge dans la tarification des contrats individuels est plus marquée chez les sociétés d'assurance que chez les mutuelles qui pratiquent davantage de mutualisation intergénérationnelle (graphiques 4 et 5).

---

<sup>6</sup> D'une part, la personne en charge de la négociation pour le compte d'une entreprise ou d'un ensemble d'entreprises dispose d'une meilleure connaissance des produits d'assurance complémentaire santé. D'autre part, elle peut faire valoir un argument de volumes (de contrats) pour faire baisser les prix.

<sup>7</sup> La participation de l'employeur au financement de la prime est exonérée de cotisations patronales mais soumise au forfait social dont le taux pour la santé est de 8%.

<sup>8</sup> <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er837.pdf>

<sup>9</sup> Les contrats d'assurance complémentaire santé sont soumis à une taxe sur les contrats d'assurance (TSCA). Deux taux existent pour cette taxe selon que le contrat est ou non responsable. Les contrats responsables bénéficient d'un taux réduit de 7%, les contrats non responsables d'un taux majoré de 14%. Pour être responsable, un contrat doit remplir un certain cahier des charges. En particulier, il ne peut utiliser explicitement l'état de santé comme critère de tarification.

Deux dispositifs sous conditions de ressources existent pour faciliter l'accès à la complémentaire santé des personnes à bas revenus :

- La couverture maladie universelle complémentaire ou CMUC (*cf.* annexe 3)
- L'aide à la complémentaire santé ou ACS (*cf.* annexe 4)

### La couverture des personnes âgées et des retraités

Le besoin de couverture complémentaire santé est plus important pour les personnes âgées que pour leurs cadets.

Pour autant, les plus de 60 ans sont moins bien couverts que les 25-60 ans (graphique 4). En effet, la part de contrats collectifs (liés à l'activité) y est plus faible : 16% contre 50% chez les 25-59 ans<sup>10</sup>. Or les contrats collectifs sont de meilleure qualité que les contrats individuels.

Par ailleurs, les tarifs d'assurance augmentent fortement avec l'âge : le tarif à 70 ans est deux fois plus élevé que celui à 20 ans en cas de tarification concave, 3 fois plus en cas de tarification proportionnelle et 4 fois plus en cas de tarification convexe, particulièrement répandue dans les contrats des sociétés d'assurance (graphiques 5 et 6).

4,6% des plus de 60 ans, soit environ 200 000 personnes, bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et 250 000 de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)<sup>11</sup>. Le montant du chèque pour les individus de plus de 60 ans éligibles à l'ACS<sup>12</sup> est de 550 euros, quel que soit l'âge. Compte tenu des prix obtenus par la récente procédure d'appel d'offres, le reste à payer pour les bénéficiaires du dispositif, même s'il augmente avec l'âge, sera faible<sup>13</sup>. Une augmentation du taux de recours à l'ACS est en outre attendue à la suite de la mise en place de la nouvelle offre, moins chère et plus lisible.

D'après l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, en 2012 95,5% des retraités sont couverts par un contrat d'assurance complémentaire santé. 92% le sont par un contrat individuel, 2% ayant bénéficié de l'ACS, 2% le sont par un contrat collectif et 1% bénéficient de la CMU-C. A leurs côtés, 4,5% de retraités n'ont pas de couverture complémentaire, soit une part de même ampleur que celle observée en population générale<sup>14</sup>. Toutefois, l'absence de couverture est plus fréquente pour les ménages retraités les plus âgés (7 % après 75 ans).

---

<sup>10</sup> Source : Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires 2013, DREES.

<sup>11</sup>Source : Fonds CMU-C, Calculs DREES

<http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU60.pdf> et  
[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_Evaluation\\_VI.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf) et  
[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_prix\\_contenu\\_2014.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_prix_contenu_2014.pdf)

<sup>12</sup> Ressources comprises entre 721 et 972 euros par mois pour une personne seule

<sup>13</sup> Le montant de 550 euros du chèque est notamment à mettre en regard des tarifs proposés par l'offre la plus compétitive, celle de PACIFICA soit : 718 euros annuels pour le contrat A de l'appel d'offre, 742 euros pour le contrat B et 675 euros pour le contrat C à 60 ans (resp. 718€, 742€ et 780€ à 75 ans).

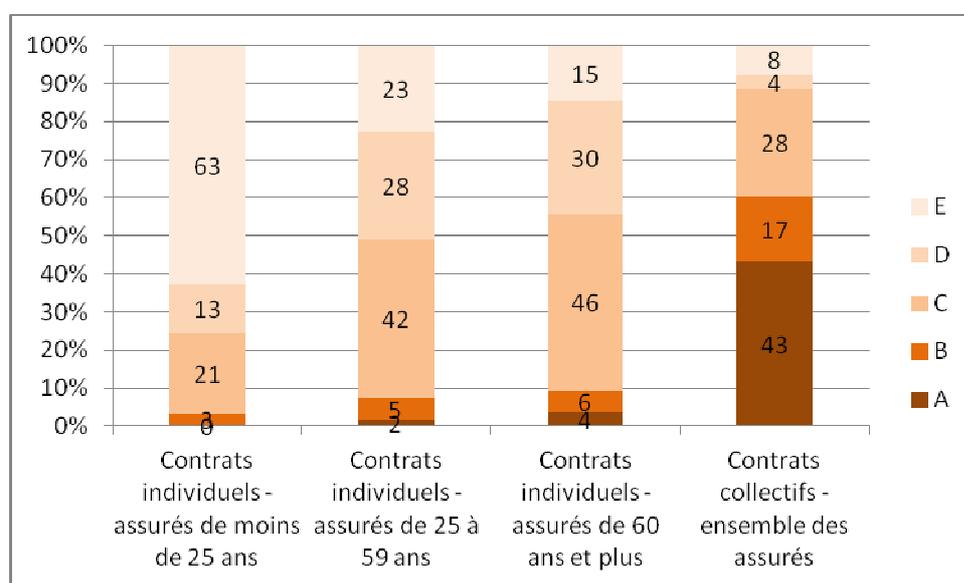
<sup>14</sup>Source : Enquête sur la santé et la protection sociale 2012, IRDES.

Il peut paraître étonnant que la part de non couverts chez les retraités soit de même ampleur que celle observée en population générale. En effet, avec un reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire plus élevé, les retraités ont *a priori* un besoin de couverture plus élevés. Mais à l'inverse, la proportion d'individus bénéficiant du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée est plus importante chez cette catégorie de la population. Par ailleurs, la tarification à l'âge pratiquée par les organismes complémentaires santé pour les contrats individuels diminue l'accessibilité financière de la complémentaire santé pour les plus âgés. Le fait que la proportion de non couverts chez les non retraités soit voisine de celle observée en population générale laisse penser que ces phénomènes se compensent.

La dispersion dans les niveaux de garanties des contrats ainsi que la diversité des prestations proposées rendent le marché de l'assurance maladie complémentaire complexe à décrire. La DREES établit donc une typologie des contrats les plus souscrits, qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations étudiées simultanément. Cette typologie permet de synthétiser l'information recueillie afin de décrire simplement le marché. Un regroupement en cinq classes homogènes a été adopté, désignées par la suite par les lettres A, B, C, D et E, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne.

**Graphique 4** : répartition par niveau de garantie et par âge des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs

En pourcentage des **assurés** (ouvrants droits)



Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013.

Lecture : 63 % des assurés d'un contrat individuel âgés de moins de 25 ans sont couverts par un contrat de classe E.

**Tableau 3** : Cotisation mensuelle moyenne selon l'âge de l'assuré, le type et la classe de contrat

En euros

Niveau de couverture du contrat ▼	Tarif à 20 ans des contrats individuels*	Tarif à 40 ans des contrats individuels*	Tarif à 60 ans des contrats individuels*	Tarif à 75 ans des contrats individuels*	Tarif des contrats individuels ne dépendant pas de l'âge	Tarif des contrats collectifs**
A (le plus couvrant)	36	61	99	133	85	88
B	43	67	100	140	115	53
C	33	49	69	82	60	58
D	33	50	79	108	72	65
E (le moins couvrant)	30	43	69	91	18	38
Ensemble des contrats	33	50	75	96	42	70

\* Pour les contrats individuels dont le tarif ne dépend pas de l'âge.

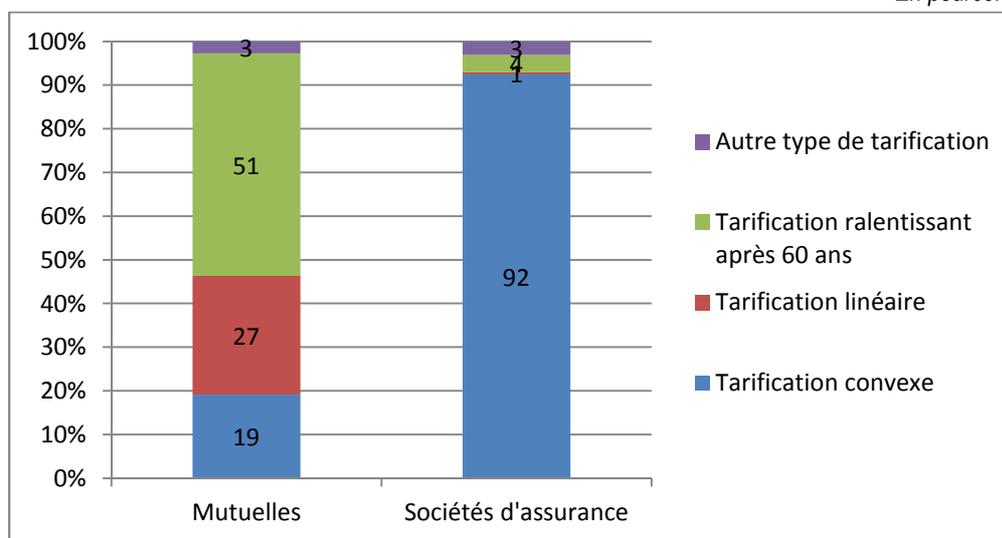
\*\* Le tarif ne dépend pas de l'âge pour les contrats collectifs.

Lecture : la cotisation mensuelle moyenne pour un assuré d'un contrat individuel de classe A âgé de 20 ans est de 47 euros.

Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, 2013.

**Graphique 5** : Type de tarifications mises en œuvre par les contrats d'assurance complémentaires santé selon la nature de l'organisme

En pourcentage des bénéficiaires



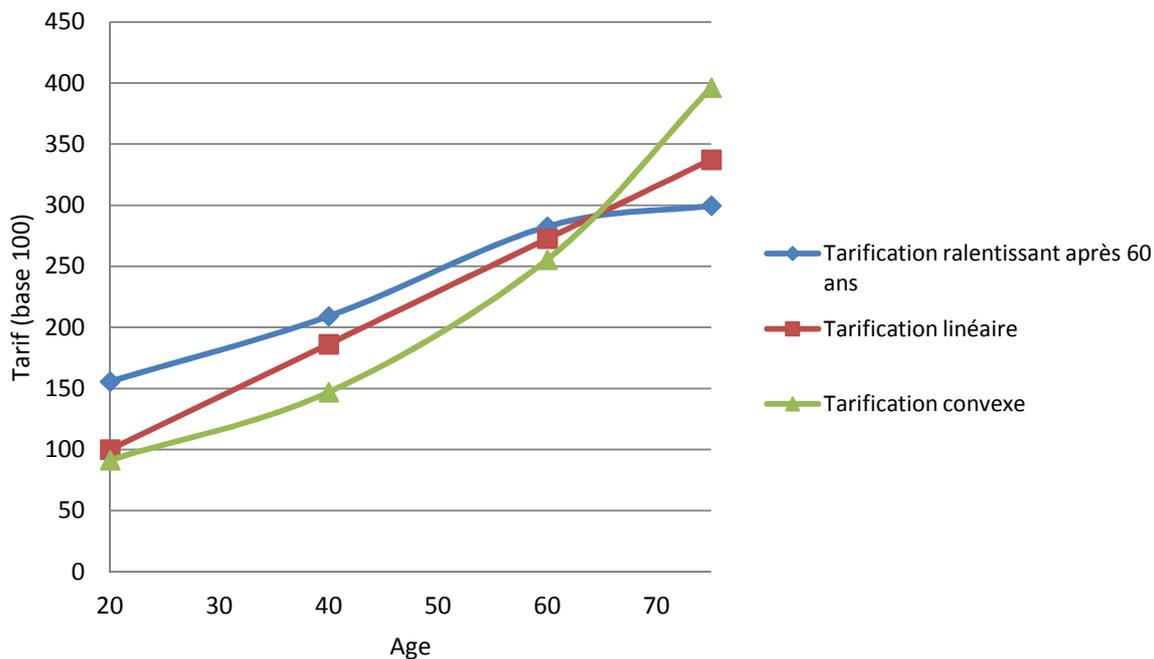
Sources : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaire santé – 2013.

Champ : Contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge, hors institutions de prévoyance

Note : Les contrats individuels gérés par les institutions de prévoyance sont trop peu nombreux, ils sont donc exclus de l'analyse.

Lecture : 51 % des bénéficiaires d'une mutuelle ont une tarification « ralentissant t » après 60 ans (cf graphique 6). L'assuré est la personne qui a souscrit un contrat et les bénéficiaires sont l'ensemble des personnes couvertes par un contrat (assuré et ayant droit).

**Graphique 6** : Effet de l'âge sur la prime des contrats individuels selon le type de tarification mis en œuvre par le contrat



Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2013

Champ : contrats individuels dont le tarif dépend de l'âge

Notes:

1. Base 100 : tarif moyen des contrats linéaires pour un assuré de 20 ans
2. une régression a permis d'éliminer les variations liées au niveau de garantie du contrat, au type d'organisme, à la démographie des bénéficiaires ou au fait que le tarif dépende ou non de la situation familiale, des revenus, du lieu de résidence, du sexe ou de l'ancienneté dans le contrat, pour isoler l'effet de la tarification à l'âge.

### **Annexe 3 : La couverture maladie universelle complémentaire ou CMU-C**

---

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une protection maladie complémentaire gratuite aux personnes disposant de faibles ressources. Elle couvre les dépenses restant à charge après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale (remboursements obligatoires). Ce dispositif est distinct de la CMU de base, couverture obligatoire pour les personnes qui ne sont pas couvertes par un autre régime obligatoire de l'assurance maladie.

**Les dépenses prises en charge par la CMU-C :** La CMU-C complète la prise en charge de l'assurance maladie à hauteur de 100 % des tarifs de base de la sécurité sociale pour les soins de ville et hospitaliers (ticket modérateur). Elle couvre également le forfait journalier hospitalier. Pour les soins dentaires prothétiques et les traitements d'orthopédie dento-faciale, l'optique et les autres dispositifs médicaux à usage individuel (par exemple les audioprothèses), des forfaits spécifiques de prise en charge sont définis par arrêté. Ces arrêtés fixent la liste des prestations admises au remboursement et leurs montants, qui constituent le panier de soins CMU-C.

Les tarifs du panier de soins CMU-C sont opposables. Cela signifie que les dépassements d'honoraires sont interdits, et pour les dispositifs médicaux, comme les lunettes, que les professionnels doivent présenter des équipements à des prix inférieurs ou égaux à ces tarifs. Des exceptions sont possibles en cas d'exigence particulière du patient (consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet, verres incassables, montures hors forfaits), de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés ou pour les soins dentaires, de certains actes pouvant bénéficier de l'alternative thérapeutique (le patient peut choisir de payer le surcoût par rapport aux tarifs des biens inclus dans le panier de soins).

De nouveaux tarifs du panier de soins de la CMU-C pour l'optique et les audioprothèses sont entrés en vigueur en juillet 2014. Pour les lunettes, les plafonds de tarifs ont été augmentés d'environ 40 % afin de prendre en charge les frais d'amincissement des verres en cas de forte correction. Les plafonds de tarifs pour les prothèses auditives ont été doublés, en contrepartie d'une prise en charge d'un équipement complet renouvelé tous les quatre ans et non tous les deux ans.

Le bénéfice de la CMU-C s'accompagne du tiers payant intégral, c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais pour les dépenses couvertes au titre de l'assurance maladie obligatoire et au titre de la CMU-C.

**Mise en place et nombre de bénéficiaires :** La CMU-C, instaurée par la loi du 27 juillet 1999, est entrée en application le 1er janvier 2000. Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins en diminuant les obstacles financiers. Le nombre de bénéficiaires a augmenté au cours de la première année lors de la montée en charge du dispositif, puis s'est stabilisé autour de 4,5 millions entre 2000 et 2004. Au 31 décembre 2012, ils étaient 4,5 millions, soit 7 % environ de la population française. La revalorisation du plafond de ressources intervenue le 1er juillet 2013 (infra) a provoqué une importante hausse des effectifs. Fin 2014, on comptabilisait 5,2 millions de bénéficiaires (7,7 % de la population).

**Conditions d'éligibilité à la CMU-C :** La CMU-C est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année. Pour bénéficier du dispositif, il faut être en situation régulière et stable sur le territoire français et disposer de ressources inférieures à un plafond (8 645 euros annuels, soit 720

euros mensuels, pour une personne seule en France métropolitaine depuis le 1er juillet 2014). Depuis la création de la CMU-C, ce plafond se situe en deçà du seuil de pauvreté. Entre 2000 et 2012, le seuil de pauvreté a augmenté plus fortement que le plafond de ressources CMU-C, ce dernier se retrouvant de 33 % inférieur au seuil de pauvreté, en 2012. La revalorisation le 1er juillet 2013 (de 7 % en euros constants) a partiellement compensé cette évolution.

Pour limiter l'effet de seuil lié au plafond de ressources, une aide à la complémentaire santé (ACS) a été mise en place en 2005. Cette aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de ressources CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Fin mai 2014, 944 000 personnes bénéficiaient du dispositif.

Comme le seuil CMUC est inférieur à celui de l'ASPA (800€/mois), peu de personnes âgées bénéficient de la CMUC. Les personnes âgées dont les ressources sont faibles sont en revanche généralement éligibles à l'ACS.

#### **Annexe 4 : L'aide à la complémentaire santé ou ACS (source : Fonds Cmu<sup>15</sup>)**

---

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé (contrat en cours ou nouvellement souscrit).

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € porté à 550 € pour celles de 60 ans et plus (pour les attestations ACS utilisées à compter du 1er janvier 2014).

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Cette aide réduit et dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle.

Depuis le 1er janvier 2006, en vertu d'un accord signé entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé et leurs ayants-droit, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Ce droit au tiers payant est valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à l'ACS, que le bénéficiaire ait ou non souscrit une complémentaire santé.

Ce dispositif a été renforcé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, et plus récemment conforté par la convention médicale du 26 juillet 2011. Le tiers-payant doit être désormais accordé systématiquement par le médecin aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition via les télé services de l'assurance maladie.

Au-delà du cadre de l'ACS, le tiers-payant peut être octroyé à des personnes se trouvant dans une situation difficile.

L'article 1er de l'avenant n°8 du 25 octobre 2012, prévoit la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS.

Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie.

#### **Les conditions d'accès :**

Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU de base.

---

<sup>15</sup> P. 22 et suivantes du 6<sup>ième</sup> rapport d'évaluation du Fonds CMU [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_Evaluation\\_VI.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf)

- Avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond CMU-C majoré de 35 %). Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 670 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 12 989 € pour une personne seule.

Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Pour récupérer le montant de l'ACS, déduit des cotisations chaque trimestre, l'organisme complémentaire déduit de sa contribution due au titre de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents.

Tous les contrats ne sont pas éligibles à l'ACS. C'est le cas des contrats collectifs obligatoires et des contrats collectifs pour lesquels une participation de l'employeur intervient. En outre, les contrats doivent respecter les règles des contrats dits « responsables » : ils ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire, les franchises, etc.

L'aide complémentaire santé est également applicable sur les contrats de sortie CMU-C.

#### **La procédure d'appel d'offres :**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, pour une souscription ou un renouvellement de leur contrat, les bénéficiaires de l'ACS doivent choisir leur contrat parmi trois contrats labellisés A, B, C. Ils doivent également choisir leur organisme assureur parmi une liste restreinte composée des 11 lauréats d'une procédure d'appel d'offres lancée le 8 octobre 2014.

La procédure de sélection des contrats éligibles à l'ACS constitue une innovation importante pour l'organisation de la protection complémentaire santé d'une part potentiellement importante de la population française.

La DREES a comparé les tarifs des trois offres retenues les mieux disantes en matière de prix et ceux des contrats actuellement souscrits par les titulaires de l'ACS. Cette comparaison fait apparaître une baisse moyenne des primes et cotisations de 37 % pour le contrat offrant les garanties les plus faibles (contrat « A »), de 27 % pour le contrat intermédiaire (contrat « B ») et de 15 % pour le contrat offrant les garanties les plus élevées (contrat « C »).

## Annexe 5 : Les sources disponibles pour étudier le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

---

Plusieurs sources de données sont mobilisables pour étudier le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages.

Les bases de données médico-administratives telles que les données du SNIIRAM (EGB, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM P) offrent une source d'information très précieuse pour approcher finement la dépense (dans toutes ses composantes) et le reste à charge après intervention de l'assurance maladie<sup>16</sup>. S'agissant de données de liquidation, l'information y est très détaillée et les effectifs extrêmement importants. Elles ont pour inconvénients de ne pas contenir d'information sur la prise en charge par la complémentaire santé le cas échéant, et contiennent peu d'infos sociodémographiques, hormis l'âge, le fait d'être à la CMUC et d'être en ALD. Enfin, elles n'offrent pas de vision au niveau du ménage et ne permettent qu'une approche individuelle.

Les enquêtes santé appariées avec les données de remboursement permettent de gagner en sus des informations sociodémographiques (telles que les revenus par exemple) et des informations sur la situation des personnes vis-à-vis de la complémentaire santé (couvert/pas couvert, type de contrat...) au prix d'une perte de puissance statistique. Pour autant, ces sources n'offrent aucune information sur les montants remboursés par l'assurance maladie complémentaire. Elles contiennent au mieux des informations limitées sur les garanties des contrats d'assurance complémentaire détenus par les individus.

Pour connaître finement les garanties des contrats d'assurance complémentaire santé, les niveaux des primes et leurs déterminants, la Drees réalise chaque année une enquête auprès des organismes complémentaires santé sur les contrats les plus souscrits. Cette enquête est menée chaque année auprès des trois types d'organismes de couverture complémentaire (OC) : les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles. Les questions portent sur les contrats couvrant le plus grand nombre de personnes, qu'ils fassent encore partie de l'offre commerciale ou non, d'où l'appellation de contrats modaux. Pour les contrats individuels comme pour les contrats collectifs, les questions portent sur les trois contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats individuels. Pour les contrats collectifs, les questions portent sur les trois contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats collectifs, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative, que le contrat soit « sur mesure » ou standard. Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont hors du champ de l'enquête. Les organismes concernés relèvent de la France métropolitaine et des départements d'Outre-mer (Dom). L'enquête permet d'une part de rassembler quelques informations sur l'activité globale de l'organisme et d'autre part de décrire de façon détaillée les caractéristiques et les garanties proposées par les six contrats modaux. Si l'enquête permet de disposer d'informations très riches sur les garanties, en revanche elle offre des informations très frustes sur le profil des bénéficiaires, hormis leur âge (par grandes tranches : moins de 25 ans, 25-60 ans, plus de 60 ans).

Pour pallier l'absence de données au niveau individuel/ménage renseignant à la fois sur la dépense de santé, le montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, le montant remboursé par la complémentaire santé, la prime d'assurance complémentaire santé et le reste à charge du ménage, la Drees a développé depuis plusieurs années un Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes à charge en santé, OMAR. OMAR est construit en rapprochant plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES, l'appariement de l'ESPS avec les données de l'assurance maladie disponibles dans les données de consommation inter-

---

<sup>16</sup> Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_note\\_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf)

régimes (DCIR) issues du Système national de l'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniir-am), enrichies des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et les informations récoltées dans l'Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires (ECPS) menée par la DREES<sup>17</sup>.

Pour disposer en sus des cotisations versées à l'assurance maladie obligatoire, le modèle OMAR est désormais fondu avec un autre outil de microsimulation, le modèle Inès. Ce modèle, développé par la DREES et l'INSEE, permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'assurance maladie obligatoire, y compris celles payées par les employeurs. Le principe du modèle de microsimulation Inès consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la caisse nationale d'allocations familiales et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

Le rapprochement des deux outils Omar-Ines fournit un échantillon de plus de près de 240 000 individus correspondant à 100 000 ménages environ.

---

<sup>17</sup> Pour une description détaillée de la construction de l'outil OMAR, voir l'article paru dans Économie et Statistiques : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES450C.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES450C.pdf)

**ANNEXE 6 : Répartition des ménages « retraités » selon l'âge de l'individu le plus âgé et selon la situation en termes de couverture complémentaire santé**

**Tableau 4 :** Répartition des ménages « retraités » selon l'âge de l'individu le plus âgé au sein du ménage, et selon la situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire santé

En nombre de ménages ou nombre d'individus selon les colonnes

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage	56-65 ans		66-75 ans		76 ans et plus	
	ménages	Individus	ménages	individus	ménages	individus
non couverts	110 000	170 000	155 000	225 000	210 000	270 000
Bénéficiaires de l'ACS	30 000	70 000	55 000	100 000	60 000	105 000
Couverts (hors CMUC et ACS)	2 370 000	4 490 000	3 035 000	5 230 000	3 435 000	5 360 000
-appartenant au 1 <sup>er</sup> quintile de niveau de vie	280 000	505 000	420 000	640 000	655 000	940 000
-appartenant au 2 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	420 000	740 000	670 000	1 100 000	920 000	1 355 000
-appartenant au 3 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	500 000	955 000	640 000	1 115 000	700 000	1 105 000
-appartenant au 4 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	560 000	1 110 000	610 000	1 100 000	585 000	1 000 000
-appartenant au 5 <sup>ième</sup> quintile de niveau de vie	600 000	1 180 000	700 000	1 280 000	580 000	960 000
<b>Ensemble</b>	<b>2 600 000</b>	<b>4 940 000</b>	<b>3 290 000</b>	<b>5 685 000</b>	<b>3 740 000</b>	<b>5 850 000</b>

Source : Inès-Omar 2012, calculs Drees.

Champ : ménages dont au moins un des membres est à la retraite et dont l'individu le plus âgé a 56 ans ou plus.

Lecture : En 2012, on dénombre 2,6 millions de ménages dont au moins un des membres est à la retraite et dont l'âge du plus âgé est compris entre 56 et 65 ans. Ces ménages représentent 4,94 millions d'individus. Parmi ces ménages, 85 000 ménages correspondant à 210 000 individus bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Note : Les ménages composés de retraités isolés ou de couples de retraités n'étant pas éligibles à la CMU-C, les ménages de « retraités » à la CMU-C apparaissant dans cette analyse sont donc des ménages complexes.

**ANNEXE 7 : Focus sur les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans**

**Tableau 5 :** Montants annuels moyens des restes à charge, des primes d'assurance complémentaire santé, du revenu disponible et taux d'effort correspondant des ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans, selon la situation de ses membres en termes de couverture complémentaire santé

Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire >	non couverts	couverts (hors CMU-c et ACS)	Bénéficiaires de l'ACS	Bénéficiaires de la CMU-C	Ensemble
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (€)	541	1 306	1 217	1 260	1 270
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (€)	541	452	450	226	449
Primes d'assurance complémentaire santé (€)	0	1 303	826	0	1 199
taux d'effort (%)	2,4	4,6	5,8	0,8	4,5

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans

Lecture : Les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et dont les individus sont couverts par une couverture complémentaire santé hors CMU-C et ACS ont un reste à charge annuel moyen de 1306 euros après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Sur ces 1306 euros, leur(s) complémentaire(s) santé prend en charge 854 euros (1306-452), ce qui laisse à leur charge en moyenne un reste à charge de 452 euros après intervention de l'assurance maladie complémentaire. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1303 euros par an et par ménage. Leur revenu annuel étant de 37765 euros en moyenne, finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendu comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire) représentent 4,6% de leurs revenus en moyenne.

**Tableau 6 :** Montants annuels moyens des restes à charge, des primes d'assurance complémentaire santé, du revenu disponible et taux d'effort correspondant des ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et dont l'ensemble des membres sont couverts par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS), selon la situation de ses membres en termes de couverture complémentaire santé

Niveau de vie du ménage (Quintile d'appartenance) >	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (€)	1 140	1 146	1 252	1 356	1 492	1 306
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (€)	330	328	420	487	591	452
Primes d'assurance complémentaire santé (€)	1 232	1 376	1 245	1 376	1 267	1 303
taux d'effort (%)	10,2	7,8	5,7	4,9	2,8	4,6

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et dont chacun des membres est couvert par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS)

Lecture : Les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et dont les individus sont couverts par une couverture complémentaire santé hors CMU-C et ACS et appartenant au premier quintile de niveau de vie ont un reste à charge annuel moyen de 1140 euros après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Sur ces 1140 euros, leur(s) complémentaire(s) santé prend en charge 810 euros (1140-330), ce qui laisse à leur charge en moyenne un reste à charge de 330 euros après intervention de l'assurance maladie complémentaire. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1232 euros par an et par ménage. Leur revenu annuel étant de 15318 euros en moyenne, finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendu comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire) représentent 10,2% de leurs revenus en moyenne.

**ANNEXE 8 : Focus sur les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans**

**Tableau 7 :** Montants annuels moyens des restes à charge, des primes d'assurance complémentaire santé, du revenu disponible et taux d'effort correspondant des ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans, selon la situation de ses membres en termes de couverture complémentaire santé

Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire >	non couverts	couverts (hors CMU-c et ACS)	Bénéficiaires de l'ACS	Ensemble
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (€)	776	1341	1 173	1 317
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (€)	776	491	461	502
Primes d'assurance complémentaire santé (€)	0	1 507	684	1 403
taux d'effort (%)	3,5	5,8	6,0	5,7

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans

Lecture : Les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans et dont les individus sont couverts par une couverture complémentaire santé hors CMU-C et ACS ont un reste à charge annuel moyen de 1341 euros après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Sur ces 1341 euros, leur(s) complémentaire(s) santé prend en charge 850 euros (1341-491), ce qui laisse à leur charge en moyenne un reste à charge de 491 euros après intervention de l'assurance maladie complémentaire. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1507 euros par an et par ménage. Leur revenu annuel étant de 34485 euros en moyenne, finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendu comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire) représentent 5,8% de leurs revenus en moyenne.

**Tableau 8 :** Montants annuels moyens des restes à charge, des primes d'assurance complémentaire santé, du revenu disponible et taux d'effort correspondant des ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans et dont l'ensemble des membres sont couverts par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS), selon la situation de ses membres en termes de couverture complémentaire santé

Niveau de vie du ménage (Quintile d'appartenance) >	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (€)	1 162	1 104	1 313	1 481	1 578	1 341
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (€)	405	402	409	520	677	491
Primes d'assurance complémentaire santé (€)	1 385	1 501	1 573	1 499	1 530	1 507
taux d'effort (%)	12,4	9,0	7,2	5,6	3,4	5,8

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans et dont chacun des membres est couvert par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS)

Lecture : Les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans et dont les individus sont couverts par une couverture complémentaire santé hors CMU-C et ACS et appartenant au premier quintile de niveau de vie ont un reste à charge annuel moyen de 1162 euros après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Sur ces 1162 euros, leur(s) complémentaire(s) santé prend en charge 757 euros (1162-405), ce qui laisse à leur charge en moyenne un reste à charge de 405 euros après intervention de l'assurance maladie complémentaire. Pour ces ménages, les primes d'assurance complémentaire santé représentent en moyenne 1385 euros par an et par ménage. Leur revenu annuel étant de 14433 euros en moyenne, finalement les dépenses de santé à la charge de ces ménages (entendu comme la somme des primes d'assurance complémentaire santé et des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire) représentent 12,4% de leurs revenus en moyenne.

**ANNEXE 9 : Focus sur les ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a 76 ans ou plus**

**Tableau 9 :** Montants annuels moyens des restes à charge, des primes d'assurance complémentaire santé, du revenu disponible et taux d'effort correspondant des ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a entre 76 ans et plus, selon la situation de ses membres en termes de couverture complémentaire santé

En euros

Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire ➤	non couverts	couverts (hors CMU-c et ACS)	ACS	Ensemble
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (€)	962	1 413	1 327	1 396
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (€)	962	470	380	495
Primes d'assurance complémentaire santé (€)	0	1 488	879	1 381
taux d'effort (%)	4,9%	6,7%	6,7%	6,6%

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans

Lecture : On compte 2 594 000 ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 55 et 65 ans. Parmi eux, 47000 sont des ménages « non couverts », au sens où aucun de leurs membres ne possède de couverture complémentaire santé, et appartenant au premier quintile de niveau de vie en population générale.

**Tableau 10 :** Montants annuels moyens des restes à charge, des primes d'assurance complémentaire santé, du revenu disponible et taux d'effort correspondant des ménages « retraités » dont l'individu le plus âgé a 76 ans et plus et dont l'ensemble des membres sont couverts par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS), selon la situation de ses membres en termes de couverture complémentaire santé

En euros

Niveau de vie du ménage (Quintile d'appartenance) ➤	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (€)	1 380	1 315	1 367	1 437	1 638	1 413
Reste à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire (€)	393	433	457	441	661	470
Primes d'assurance complémentaire santé (€)	1 502	1 468	1 494	1 473	1 512	1 488
taux d'effort (%)	13,3%	9,7%	7,5%	5,5%	3,7%	6,7%

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 66 et 75 ans et dont les membres sont couverts par une couverture complémentaire santé (hors CMU-C et ACS)

Lecture : On compte 2 594 000 ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 55 et 65 ans. Parmi eux, 47000 sont des ménages « non couverts », au sens où aucun de leurs membres ne possède de couverture complémentaire santé, et appartenant au premier quintile de niveau de vie en population générale.

## Annexe 10 : Situation des ménages non retraités

**Tableau 11** : Répartition des ménages selon l'âge du membre du ménage le plus âgé et selon qu'il existe ou non au moins un membre retraité

En nombre de ménages

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	26-45 ans	46-55 ans	56-65 ans
Type de ménage ▼			
non retraités	8 938 000	5 038 000	2 377 000
retraités	29 000	97 000	2 594 000
Ensemble	8 967 000	5 135 000	4 970 000

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ensemble des ménages dont le membre le plus âgé a au moins 26 ans

Lecture : 2,37 millions d'individus appartiennent à un ménage dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et ne contenant pas de retraité.

**Tableau 12** : Part des ménages comportant au moins une personne retraitée, selon l'âge du membre du ménage le plus âgé

En pourcentage

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	26-45 ans	46-55 ans	56-65 ans
Type de ménage ▼			
non retraités	100	98	48
retraités	0	2	52
Ensemble	100	100	100

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ensemble des ménages dont le membre le plus âgé a au moins 26 ans

Lecture : 48% des ménages dont le membre le plus âgé a entre 56 et 65 ans ne contiennent pas de retraité.

**Tableau 13** : Situation des ménages ne comportant aucun retraité selon la situation de leurs membres en termes de couverture complémentaire, selon l'âge de l'individu le plus âgé au sein du ménage

En pourcentage

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage >			
Situation des membres du ménage en termes de couverture complémentaire ▼	26-45 ans	46-55 ans	56-65 ans
non couverts	4	5	3
contrats individuels	47	48	65
contrats collectifs	44	43	26
CMU-c	5	5	6
Ensemble	100	100	100

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ensemble des ménages dont le membre le plus âgé a au moins 26 ans et dont aucun membre n'est retraité

Lecture : Parmi les ménages dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans et ne comportant aucun retraité, 65% sont couverts par un contrat individuel et 26% par un contrat collectif.

**Tableau 14** : Primes annuelles des ménages hors participation employeur (euros)

En euros

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage >			
Niveau de vie du ménage (Quintile d'appartenance) ▼	26-45 ans	46-55 ans	56-65 ans
Q1	511	625	695
Q2	766	851	1014
Q3	868	987	961
Q4	862	957	1036
Q5	841	927	1061
Ensemble	771	877	967

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ensemble des ménages dont le membre le plus âgé a au moins 26 ans et dont aucun membre n'est retraité

Lecture : Primes annuelles moyennes versées par les ménages auxquels sont retirés 50% au titre de la participation employeur sur la part des primes versées pour des contrats collectifs.

**Tableau 15** : Reste à charge annuel des ménages après assurance maladie obligatoire et complémentaire (euros).

En euros

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	26-45 ans	46-55 ans	56-65 ans
Niveau de vie du ménage (Quintile d'appartenance) ▼			
Q1	207	233	235
Q2	242	285	305
Q3	235	347	366
Q4	285	397	450
Q5	308	452	544
Ensemble	254	349	406

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ensemble des ménages dont le membre le plus âgé a au moins 26 ans et dont aucun membre n'est retraité

Lecture : en 2012, en prenant en compte l'ensemble des remboursements (assurance maladie et couverture maladie complémentaire), un ménage dont la personne la plus âgée a entre 55 et 65 ans et n'étant pas retraité appartenant au premier quintile de niveau de vie devait s'acquitter de 235 € en moyenne pour le financement direct de ses dépenses de santé par an.

**Tableau 16** : Part des dépenses de santé (primes hors participation employeur et ACS et restes à charge après assurance maladie complémentaire et obligatoire) dans le revenu disponible

En % du revenu disponible

Age de l'individu le plus âgé au sein du ménage ➤	26-45 ans	46-55 ans	56-65 ans
Niveau de vie du ménage (Quintile d'appartenance) ▼			
Q1	3,9%	4,8%	6,5%
Q2	3,8%	4,1%	5,6%
Q3	3,2%	3,7%	4,4%
Q4	2,6%	3,0%	3,7%
Q5	1,6%	1,7%	2,2%
Ensemble	2,7%	2,8%	3,3%

Source : Omar-Ines 2012, calculs Drees

Champ : ensemble des ménages dont le membre le plus âgé a au moins 26 ans et dont aucun membre n'est retraité

Lecture : Les ménages dont la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans et ne contenant pas de retraité consacrent 3,3% de leur revenu disponible à leurs dépenses de santé au titre des primes versées pour leurs complémentaires santé et des dépenses restant à leur charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.